

Sobre la especialidad que trata a los pacientes con insuficiencia cardiaca. Respuesta



About the Specialty Treating Patients With Heart Failure. Response

Sr. Editor:

Queremos agradecer el interés del Dr. Trullàs y el Dr. Miró por nuestro trabajo¹ y despejar las dudas que exponen en su carta.

Las diferencias en las variables analizadas entre los registros RICA y REDINSCOR son un reflejo de la práctica clínica habitual en la que las 2 especialidades (medicina interna y cardiología) atienden a pacientes distintos. Sin embargo, la validez del análisis comparativo entre las 2 especialidades radica, por un lado, en el método estadístico de emparejamiento (puntuación de propensión) que proporcionó más de 500 parejas de sujetos equilibrados por hasta 18 predictores pronósticos ampliamente contrastados en la literatura médica y, por otro, en que ambos registros son de ámbito nacional, multicéntricos y la calidad de sus datos está avalada por sus respectivas sociedades científicas. En nuestro estudio ya reconocemos que la falta de información sobre la fragilidad y la dependencia en REDINSCOR no permite valorar el efecto potencial de estos indicadores en nuestros resultados.

Respecto a los criterios para definir «tratamiento médico óptimo», aclaramos que nos referimos a la prescripción simultánea de bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o antagonistas del receptor de la angiotensina II y antialdosterónicos solo en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo $\leq 35\%$. Estamos de acuerdo en que los porcentajes obtenidos fueron realmente bajos. La ausencia de datos disponibles en relación con el motivo de la no dispensación resulta quizás una explicación, así como que el periodo de inclusión en REDINSCOR y RICA comenzara en 2007 y 2008 respectivamente, cuando las guías de práctica clínica vigentes² limitaban la indicación conjunta de la triple terapia a pacientes en clase funcional avanzada de la *New York Heart Association*.

Por último, las razones por las cuales no hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de reingreso escapan del objetivo de nuestro análisis y merecerían un estudio dirigido. Sin embargo, queremos remarcar que un comité independiente de la recogida de los datos validó los eventos durante el seguimiento.

Jesús Álvarez-García^{a,*}, Prado Salamanca-Bautista^b,
Manuel Montero Pérez-Barquero^c y Juan Cinca^c

^aServicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^cServicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jalvarezg@santpau.cat (J. Álvarez-García).

On-line el 27 de febrero de 2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-García J, Salamanca-Bautista P, Ferrero-Gregori A, et al. Impacto pronóstico de la especialidad en el paciente ambulatorio con insuficiencia cardiaca: un análisis emparejado de los registros REDINSCOR y RICA. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:347-354.
2. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J*. 2008;29:2388-2442.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.12.023>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.01.023>

0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Papel de la ivabradina en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca: comentarios a la guía ESC 2016



Role of Ivabradine in the Treatment of Heart Failure: Comments on the ESC 2016 Guidelines

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la reciente guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC) de la Sociedad Europea de Cardiología, publicada en nuestra Revista en su versión en lengua española¹, así como los comentarios a dicha guía elaborados por el grupo de expertos y el Comité de Guías de la Sociedad Española de Cardiología². Queremos felicitar en primer lugar a los autores de este documento por el profundo e interesantísimo análisis que han realizado de la guía ESC, que resalta sus aspectos más importantes y ayuda a clarificar las recomendaciones más controvertidas².

Nos gustaría hacer algunos comentarios sobre el papel de la ivabradina en el tratamiento de la IC y su consideración en ambos artículos. Como señalan los autores del documento de la Sociedad Española de Cardiología², la recomendación para la utilización de

ivabradina en pacientes con IC crónica y fracción de eyección reducida ha sufrido sutiles cambios que reflejan más fielmente el diseño y los resultados del estudio en que se basan (SHIFT)³, así como su uso en pacientes que no toleran los bloqueadores beta (IIb en 2012 y IIa C en la actual de 2016¹). También aparece la ivabradina como tratamiento de segunda elección, tras los bloqueadores beta, para pacientes con IC y angina de pecho en el epígrafe «Comorbilidades». Sin embargo, en la traducción publicada en Revista, hecha sobre la versión *ahead of print* original en inglés, aparecía un párrafo sobre las dudas planteadas por los resultados del estudio SIGNIFY⁴, y se decía textualmente que «en el estudio SIGNIFY en pacientes con angina limitadora de la actividad sin IC, la ivabradina aumentó el riesgo de muerte por causas cardiovasculares y el infarto de miocardio no mortal, por lo que no está recomendada en este contexto». Aun estando de acuerdo con esta conclusión del citado estudio para los pacientes con angina y sin IC, creemos que este comentario no se aplica a los pacientes con IC y fracción de eyección reducida, ya que el ensayo SIGNIFY, además de usar dosis de ivabradina superiores a las usadas en la IC, no incluía a pacientes con IC, lo que puede añadir un elemento de confusión al respecto. De hecho, en la última versión corregida de la guía ESC, este párrafo ha sido eliminado⁵, como también lo ha sido en la traducción de la guía¹.

Por último, nos gustaría agradecer a los autores del documento español haber citado nuestro artículo sobre el potencial beneficio de la ivabradina administrada durante el ingreso hospitalario a pacientes con IC aguda⁶. En nuestro trabajo, que es el primero publicado sobre este fármaco en el campo de la IC aguda, el uso conjunto de ivabradina y bloqueadores beta entre 24 y 48 h tras el ingreso por descompensación de IC se mostró seguro frente a la estrategia habitual de usar solo bloqueadores beta y reservar la ivabradina para pacientes con frecuencia cardíaca > 70 lpm tras la dosis máxima del bloqueadores beta. Los pacientes aleatorizados al grupo de ivabradina más bloqueadores beta tenían una frecuencia cardíaca a los 28 días del alta significativamente inferior, y esto se asoció a un muy significativo aumento de la fracción de eyección a los 4 meses del alta y a una mejor clase funcional⁶. En el seguimiento al año, la fracción de eyección ventricular izquierda seguía siendo significativamente más alta en los pacientes que recibieron ivabradina precozmente durante el ingreso. Estos datos indican el potencial efecto beneficioso de esta estrategia en la IC aguda, situación en la que, hasta la fecha, ningún ensayo clínico ha podido demostrar un efecto favorable de ninguna intervención (farmacológica o no farmacológica), como bien queda reflejado en la guía de 2016^{1,2}.

Francisco J. Hidalgo y Manuel Anguita*

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: m.anguita.sanchez@hotmail.com (M. Anguita).

On-line el 9 de marzo de 2017

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:1167.e1-e85.
2. Sionis A, Sionis Green A, Manito Lorite N, et al. Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:1119-1125.
3. Swedberg K, Komajda M, Bohm M, et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *Lancet.* 2010;376:875-885.
4. Fox K, Ford I, Steg PG, et al. Ivabradine in stable coronary artery disease without clinical heart failure. *N Engl J Med.* 2014;371:1091-1099.
5. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2016;37:2129-2200.
6. Hidalgo FJ, Anguita M, Castillo JC, et al. Effect of early treatment with ivabradine combined with beta-blockers versus beta-blockers alone in patients hospitalised with heart failure and reduced left ventricular ejection fraction (ETHIC-AHF): A randomised study. *Int J Cardiol.* 2016;217:7-11.

VEÁSE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.014>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.056>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.12.025>

0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Exposición de las cardiólogas intervencionistas a radiaciones ionizantes durante el embarazo.

¿Realmente es necesario?



Radiation Exposure to the Pregnant Interventional Cardiologist. Is It Really Necessary?

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo de Velázquez et al.¹ sobre la exposición de las cardiólogas intervencionistas a la radiación durante el embarazo y queremos felicitarles por su rigor. No obstante, hay algunos aspectos que nos gustaría comentar.

En primer lugar, los autores indican que la preocupación por la exposición a radiaciones ionizantes durante el embarazo supone una interrupción de 1 año en la trayectoria profesional. Sin embargo, en la mayoría de las secciones de hemodinámica y electrofisiología trabaja más de un cardiólogo^{2,3}, por lo que en muchos casos la mujer puede evitar la exposición con una simple redistribución de tareas, si bien esto puede suponer una sobrecarga para los otros miembros de la sección cuando no se cubre la baja con un cardiólogo intervencionista. Por otra parte, cuando coinciden en la misma sección 2 cardiólogas con deseos genésicos, puede suceder, y de hecho sucede, que tengan que coordinarse en la planificación de su gestación, aunque no siempre sea factible por evidentes motivos biológicos.

En segundo lugar, los autores defienden que es posible trabajar en la sala con un riesgo prácticamente despreciable si se toman las precauciones adecuadas. Defendemos firmemente el derecho de las trabajadoras a decidir, en lugar de someterse a los dictados del Departamento de Prevención de Riesgos Laborales, pero nos preocupa que no existan estudios clínicos controlados y que la mayoría de los datos sean extrapolaciones de investigaciones en animales. Si establecemos un paralelismo con los fármacos, la

mayoría no se recomiendan durante la gestación porque solo han sido probados en animales y únicamente se asume el riesgo (por «despreciable» que sea) cuando hay un motivo médico. Sin embargo, en el caso de la exposición laboral a radiación, se asume el riesgo sin motivo médico alguno, en contra de las recomendaciones de Riesgos Laborales, del ginecólogo e incluso de las reticencias lógicas del padre. Además, como comentan los autores, la probabilidad espontánea de malformación congénita o cáncer en la infancia es del 4,07%. Cuando esto sucede, si la madre ha estado expuesta a radiación, aunque la dosis recibida haya sido mínima y en teoría el incremento del riesgo sea despreciable, probablemente tendrá que dar, y se autoexigirá, explicaciones.

Por otra parte, en el artículo se describen las protecciones usadas por las trabajadoras expuestas. Dos de ellas usaron material adicional (una de ellas hasta 3 faldas plomadas), por lo que deducimos que no se sentían seguras con la protección habitual. Además, frecuentemente se olvida que la gestación supone una situación de riesgo especial que condiciona empeoramiento de síndromes varicosos y molestias osteomusculares debidos al cambio de curvatura lumbar y al sobrepeso, por lo que el uso de faldas y chalecos (no digamos de material adicional) la agrava aún más. Defendemos que sería preferible invertir en otros medios de protección, como los sistemas de navegación, con los que es posible realizar ablaciones de múltiples sustratos sin escopia⁴, y más importante aún, como las pantallas de protección completa (p. ej., tipo campana) que se utilizan en Europa y que evitan la necesidad de chalecos y delantales y los inconvenientes que conllevan.

Por último, nos preguntamos si las cardiólogas intervencionistas se sienten totalmente libres para decidir no modificar su actividad durante el embarazo. Como todos sabemos, las condiciones laborales han empeorado en los últimos años y la alta tasa de temporalidad, que alcanza un 40% en el sistema público de salud⁵, puede condicionar sus decisiones.